Phanodormsucht mit psychischen Störungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexanders-Universität
Erlangen

vorgelegt von

Karl-Heinz Busche

aus Dresden.

Tag der mündlichen Prüfung: 26. 2. 1937.

1937

Buchdruckerei Karl Döres, Erlangen, Jägerstraße 3

1937/158

Referent: Professor Dr. Meggendorfer.

Dekan: Geheimrat Professor Dr. Jamin.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern.

Ein in den letzten Jahren immer mehr beliebt gewordenes und im Handel noch frei verkäufliches Schlafmittel ist das Phanodorm.

In seiner chemischen Zusammensetzung steht es dem Luminal sehr nahe. Es stellt als Cyclohexenylaethylbarbitursäure eine partiell hydrierte Aethylphenylbarbitursäure dar. Physikalisch betrachtet unterscheidet es sich nur wenig von jenem, da es ein weißes, kristallinisches, geruchloses Pulver von bitterem Geschmack ist, das sich wie Luminal in Wasser nur schlecht, dagegen in Alkalien leichter löst. Im Magen-Darmkanal werden beide prompt und gut resorbiert, jedoch vollzieht sich beim Phanodorm dann rascher als beim Luminal die Umwandlung im Körper, ein Moment, das, wie angenommen wird, wahrscheinlich auf die Einführung der Wasserstoffatome in den Phenylring und die damit verbundene Aufhebung der Doppelbindungen zurückzuführen ist.

Infolge seines raschen Abbaues, seiner schnellen Zerstörung und seines Ausscheidens aus dem Körper, teils, wie Fretwurst, Halberkann und Reiche feststellten, als unverändertes Phanodorm — allerdings in geringerem Maße —, teils als Umwandlungsprodukt in Form der Aethylcyclohexenonylbarbitursäure, sollen eine Gefahr der Kumulation nicht bestehen und Nebenwirkungen am Tage nach der Phanodorm-Einnahme fehlen.

Auf Herz, Kreislauf und Blutdruck hat, wie klinische Erfahrungen lehrten, Phanodorm einen nur sehr geringen Einfluß. Im Gegensatz zu anderen Barbitursäure-Präparaten wird die Körpertemperatur nur wenig erniedrigt und die Atmung im Schlaf etwas verlangsamt. Nieren- oder Leberschädigungen sowie Magen-Darmstörungen wurden nie beobachtet.

Nach Angaben verschiedener Autoren ist Phanodorm erfolgreich angewandt worden als Sedativum und als Hypnoticum.

Als Sedativum zeitigte es gute Resultate bei nervösen Störungen und Verstimmungen, bei Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters, bei Zwangsvorstellungen und Phobien hysterischer und neurasthenischer Frauen, sowie bei schweren Erregungszuständen der Schizophrenie, der Paralyse, der Manie und der

Epilepsie. In der Chirurgie und Gynaekologie diente es, wie beschrieben, als narkosevorbereitendes Mittel, indem es bei Operationen das Excitationsstadium einschränkte, so daß das Stadium der Analgesie früher erreicht wurde.

Als Hypnoticum sah man ausgezeichnete Erfolge bei allen Formen der Schlaflosigkeit, selbst in Fällen, bei denen andere Hypnotica unwirksam geblieben waren. So fand es Anwendung in kleineren Dosen (0,2 gr) als Einschlaf-, in größeren Dosen (0,4 bis 0,6 gr) als Dauerschlafmittel. — In der Geburtshilfe konnte es ohne Bedenken bei Schlafstörungen im Wochenbett gegeben werden, da es, wie genaueste Beobachtungen erkennen ließen, nicht in die Milch überging, und die Säuglinge keinen Schaden nahmen.

Ferner empfahl man die Anwendung des Phanodorms als Hypnoticum bei leichteren schlafstörenden Schmerzen, teils allein in höherer Dosierung, teils in Verbindung mit Narcoticis. So wurden Neigungen zu nächtlichen Anfällen von Angina pectoris mit Phanodorm gut unterdrückt, aber auch bei Patienten mit postencephalitischen Zuständen und solchen mit schmerzhaften peripherischen Nervenerkrankungen wurde das Mittel erfolgreich verwendet.

Da es eine durchschnittliche Schlafdauer von 5—7 Stunden, in vereinzelten Fällen sogar von 8—9 Stunden schuf, am nächsten Tage kein Kopfschmerz, kein Schwindelgefühl auftrat, ja sogar von „geistiger Regsamkeit", „körperlicher und geistiger Frische" neben den schon genannten anderen Vorzügen berichtet wurde, so fand es Aufnahme in den Kliniken und in der Außenpraxis und wurde, bald in der Öffentlichkeit als „ohne Rezept erhältlich" bekannt geworden, auch im Privathause ohne ärztliche Anordnung oft und gern verwendet. Aus der allgemeinen großen Beliebtheit des Mittels heraus entsprang aber im Laufe der Jahre die Gefahr der Gewöhnung, die Gefahr der Sucht.

Die anfangs in der Literatur seit Erscheinen des Phanodorms auf dem pharmazeutischen Markte beschriebenen Fälle, bei denen von den hervorragenden Eigenschaften des Präparates mit Recht berichtet wurde, bezogen sich jedoch fast nur auf Patienten, bei denen das Mittel erstmalig angewandt wurde, oder bei denen es noch nicht allzulang genommen worden war.

Wie Pohlisch und Panse richtig sagen, können Urteile über Gewöhnungs- und Suchtgefahr erst nach mehreren Jahren abgegeben werden, „weil sich chronische Intoxikationen, die klinischer Aufnahme bedürfen, erst nach längerer Zeit entwickeln und sich zunächst noch als Raritäten darstellen gegenüber einer Vertrautheit von Tausenden mit dem Mittel, und Hunderten, die es gewohnheitsmäßig nehmen oder auch Mißbrauch damit treiben".

So erschien auch in der Literatur im 3. Jahr nach Einführung des Phanodorms der erste Fall von chronischer Intoxikation. Es war der Fall Bürgers, dem in den folgenden Jahren eine Reihe weiterer Veröffentlichungen über Phanodorm-Abusus, sei es mit oder ohne akute Psychosen, folgten (Mosbacher, Bonhoeffer, Wassermeyer, Langelüddeke, Pohlisch, Panse, Kraus, Büssow, Kehrer und Schubert).

Fast ununterbrochen nahmen in den Jahren nach 1925 die Schlafmittelvergiftungen zu. Der Schlafmittelmißbrauch war als annähernd gleichstarker Faktor neben die Rauschgiftsucht und den Alkoholismus getreten. Um so mehr war es zu begrüßen, als Pohlisch und Panse 1934 ihr Buch „Schlafmittelmißbrauch" als eine Art von Gegenmaßnahme herausgaben. Unter dem Kapitel „gewohnheitsmäßiger Phanodormmißbrauch", zu welchem die Verfasser nicht nur die gewohnheitsmäßige Einnahme übermaximaler Dosen, sondern auch einmalige Überdosierungen rechnen, erschienen nun die bis dahin in der Literatur mitgeteilten Fälle gesammelt, zuzüglich der von ihnen selbst beobachteten.

Da die Kasuistik in jenem Buche so reichhaltig ist, die angeführten Fälle nach allen Seiten hin epikritisch so eingehend behandelt worden sind und eigentlich sämtliche sich überhaupt ergebenden Fragen über Schlafmittelmißbrauch dabei erörtert und von allen Seiten beleuchtet wurden, hätte es eigentlich keiner weiteren Arbeiten über dieses Thema mehr bedurft. Wenn nun doch noch einige Fälle über Phanodormpsychosen und Phanodormsucht seit Herausgabe dieses Buches beschrieben wurden, so geschah das aus dem gleichen Grunde, aus welchem ich heute ebenfalls zwei weitere Fälle von Phanodormmißbrauch (aus der Dresdner Nervenklinik) mitteilen möchte:

Trotz mehrfach erschienener Aufklärungsschriften werden die Schlafmittel in uneingeschränktem Maße weitergenommen. Die Gefahr des Süchtigwerdens ist also immer noch nicht behoben. Nur durch dauernde Veröffentlichungen entsprechender Fälle und durch energisch zu fordernden Rezeptzwang aller Schlafmittel kann der unserem Volke dadurch drohende Schaden abgewendet werden!

Fall 1.

B., L., geb. 15. X. 1888, led. Der Vater war jähzornig, erregbar, grob, trank sehr, starb an Altersschwäche. Die Mutter war weich, still, litt unter dem Mann, starb an Gehirnschlag. —

Patientin wurde als Tochter eines Apothekers geboren; sie besuchte die Höhere Töchterschule, lernte gut, war dann als Hausdame beschäftigt, bildete sich gleichzeitig als Schauspielerin aus. Sie war 10—12 Jahre an

verschiedenen Theatern mit Unterbrechung tätig, spielte Rollen der „sentimentalen Liebhaberin". Während des Krieges übte sie in Berlin den Beruf einer Krankenschwester aus, nach dem Kriege war sie nochmals 4—5 Jahre am Theater. Bis 1931 lebte sie dann in einer von der Schwester geerbten Wohnung. Während der Berliner Zeit hatte sie Beziehungen zu einem 25 Jahr älteren Arzt. Sie hing sehr an ihm, er führte sie in eine „geistige Sphäre", die ihr jetzt so sehr fehle. Seinen Heiratsantrag lehnte sie aber ab, heute verstehe sie das nicht und bereue es. Der Arzt starb im November 1930. Ihr sei das so nahe gegangen, daß sie in Berlin nicht mehr bleiben wollte, sie zog deshalb ein Jahr später nach Dresden. Hier wohnte sie bei der Schwester und arbeitete im Haushalt. Es lagen schlechte wirtschaftliche Verhältnisse vor, sie bezog Unterstützung.

Als Kind hatte Patientin Masern, später oft Menstruationsbeschwerden. 1910 unterzog sie sich einer Unterleibsoperation (Go.-Ansteckung), 1925 erfolgte Entfernung beider Eierstöcke. Sonst will sie nie ernstlich krank gewesen sein.

Sie hatte immer schon „Besonderheiten" in ihrem Wesen, die sie kannte und beobachtete („kenne alle meine Fehler"). Viele Chancen hatte sie ausgeschlagen, hätte dreimal heiraten können. In verschiedener Beziehung bestanden offenbar stets sexuelle Schwierigkeiten („kein Bedürfnis nach Sinnlichkeit, Sehnsucht nach seelischer Liebe und nach einer starken Persönlichkeit"). Sie war immer weich und empfindsam, neigte zu Melancholie, konnte jedoch auch fröhlich sein. Früher wurde sie mit allem gut fertig, war großzügig, hilfsbereit, tätig. Immer hatte sie vom Leben noch viel erwartet, fühlte sich jung, glaubte, die Erfüllung müsse noch kommen. Der Arzt füllte zum erstenmal ihr ganzes Leben aus.

Nach dem Tode des Arztes „war es plötzlich aus"; es bestand ein Gefühl, als ob das Leben jetzt zu Ende sei. Sie fühlte sich plötzlich alt, ohne Zukunft, mußte immer ans Sterben denken. Seitdem hatte sie „Unmenschliches" durchgemacht, litt immer unter seelischen Depressionen. Über den Punkt, daß sie den Mann, den sie liebte, nicht geheiratet hatte, kam sie nie hinweg. Sie fühlte, sie hätte die einzige Möglichkeit des Glückes verscherzt. Die Leistungsfähigkeit wurde geringer, sie schlief nicht mehr, war von ständiger Unruhe erfüllt, „eine Psychose wohl".

Wegen ihrer Nervosität und Schlaflosigkeit bekam sie vom Arzt Dicodid (1929). Sie gewöhnte sich schnell daran, es wurde ihr so schön, „als ob sie 16 Jahre sei". Sie fühlte sich sorgenfrei, die Stimmung war gut, die Gedanken waren klar, die Leistungsfähigkeit war erhöht. Sie nahm 1—1½ Tabletten täglich („glaube kaum, daß es mehr war!"). Ohne Dicodid war sie verstimmt, gereizt, mußte weinen, fühlte sich müde. Anläßlich eines Landaufenthaltes im Mai 1931 gewöhnte sie sich das Dicodid ab. Als Entziehungserscheinungen traten auf: Angst, Depressionen, innerliche Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Herzschmerzen.

Zur Linderung dieser Beschwerden bekam sie erstmalig Phanodorm. Sie gewöhnte sich schnell daran, nahm immer mehr, nach einem Jahr schließlich 10 Tabletten täglich, die sie frei in der Apotheke kaufte, in den letzten Monaten sogar 15—20 Tabletten am Tage. Kaffee und Alkohol unterstützten die Wirkung. Das Mittel wirkte vor allem beruhigend, die trüben Gedanken schwanden, sie war „Herr der Situation", konnte konzentriert denken, war beherrscht, niemand merkte ihr dann an, wie sie litt. Oft herrschte eine direkt euphorische Stimmung vor, sie machte sich Pläne, alles erschien ihr leicht, möglich und erreichbar. Körperlich fühlte sie sich wohl, schlief gut, war tagsüber frisch, oft „überwach", leistungsfähig, konnte arbeiten. Essen brauchte sie nur wenig, nach Einnahme des

Mittels bekam sie jedoch Appetit. Sonst bestanden keine Beschwerden oder andere Störungen, nur der sexuelle Trieb war geschwunden (Operation 1925!). Sobald die Wirkung aufhörte, wurde sie zittrig in Händen und Beinen, sprach undeutlich, sah verschwommen, wurde unruhig, hatte „ein höchst unbehagliches Gefühl", war verstimmt, selbstmordsüchtig, hoffnungslos; die „ganze innere Quälerei stellte sich wieder ein". Wenn erneut eine Tablette in warmem Wasser genommen wurde, trat nach 5 Minuten die beschriebene Wirkung des Mittels wieder ein.

14. III. bis 13. VII. 1933 Nervenklinik Dresden. — Sie kommt auf Anraten des Arztes zur Entziehungskur. Bei der Aufnahme ist sie klar und besonnen, etwas ängstlich, unsicher. Sie gibt an, täglich 10—20 Tabl. Phanodorm genommen zu haben. Sie sieht verwahrlost und unsauber aus.

15. III. Patientin ist heute ängstlich, klagsam, jammert, „es geht mir furchtbar —, ich habe gar keine Worte —, ich bin so zittrig —, ist es denn immer so schrecklich, wenn einem das plötzlich entzogen wird —, ich habe Zucken im ganzen Körper —, so eine innere Unruhe —, die Muskeln zucken direkt —, die Gedanken jagen sich so —, ich muß immer an die Vergangenheit denken —, habe starkes Herzklopfen, das den ganzen Körper erfüllt —, ein abscheulicher Zustand —, unglücklicher kann sich niemand fühlen —, ich esse ohne Appetit —, habe letzte Nacht wenig geschlafen —".

Befund: Patientin ist in ausreichendem Ernährungszustand. Die Hautfarbe ist gesund. An den inneren Organen sind keine Besonderheiten nachweisbar. Die Pupillen, über-mittelweit, re = li, reagieren auf Lichteinfall und Convergenz normal, Nystagmus ist nicht nachweisbar. Es bestehen starkes Lidflattern, Unruhe der mimischen Muskulatur, grobes Zittern der Zunge und Tremor der Finger. Der Tonus und die Reflexe sind normal. Paresen und Ataxien sind nicht festzustellen. Die Sprache ist ungestört.

Angaben der Schwester: Patientin war seit jeher ein gutmütiger, aber schwieriger Mensch, sehr empfindlich, sensibel und weich, weinte gern, nahm alles schwer, machte sich oft Gedanken. Körperliche Beschwerden überwertete sie leicht, „bildete sich immer viel ein", war oftmals theatralisch in ihren Klagen, sagte „ich breche zusammen, ich kann nicht mehr". Praktische Dinge konnte sie nur schwer bewältigen, was für andere eine Kleinigkeit bedeutete, war für sie eine Riesenaufgabe; wenn irgend etwas nicht klappte, warf sie alles weg. Sie hatte direkt die „fixe Idee", daß das, was sie durchgemacht hatte, einzigartig sei, daß niemand so viel zu leiden gehabt hätte. Von sich aus konnte sie ihr Leben nur wenig gestalten, dabei war sie aber intelligent und für Anregungen zu haben. — Schon 1923 bestanden Klagen ,daß sie sehr krank wäre (Herz?); sie hatte damals bereits Rauschmittel genommen. Seit $1^1/_2$ Jahren wohnte sie bei Ref.; seitdem nahm sie nur Phanodorm, das sie frei kaufte; die Mindestmenge war ein Röhrchen täglich. Körperlich hatte sie etwas zugenommen. Häufig war sie taumelig, wie unklar (1—2 Std.); in diesen Zuständen war sie nicht ansprechbar („geistesabwesend —, als ob sie einen nicht verstand"), ließ alles fallen, konnte nicht richtig hantieren. Hinterher wußte sie nichts davon.

16. III. Patientin fühlt sich heute besser, hat auf Paraldehyd gut geschlafen, ist noch klagsam, weinerlich, drängt nach beruhigenden und schmerzstillenden Mitteln, kommt aber nach Zureden ohne Mittel aus. Zweimal $1^1/_2$ Std. Bad. Nachmittags nach dem Besuch ist sie besserer Stimmung und unterhält sich.

17. III. Nach Paraldehyd hat Patientin gut geschlafen, fühlt sich etwas wohler, liest; nur klagt sie zeitweise noch über starke innere Unruhe und über schmerzhaftes Zucken der Muskeln, drängt sehr nach Mitteln, nimmt aber die Ablehnung hin. Der Puls ist sehr labil, Appetit gut, der Stuhlgang ist angehalten.

1. IV. Äußerlich ist Patientin immer ruhig gewesen, aber oft von heftiger innerer Unruhe gequält; sie drängt dann nach Mitteln, badet täglich mehrere Stunden.

10. IV. Patientin fühlt sich allmählich wohler und freier, wenn auch innerlich unsicher, bemüht sich aber, ohne Mittel auszukommen. Tagsüber außer Bett wird sie zur Beschäftigung herangezogen, ist aber sehr weich und schlaff, braucht immer einen Antrieb.

21. IV. Patientin kommt nur langsam voran, braucht keine Mittel mehr, badet nur noch. Oftmals bestehen noch Klagen über innere Unruhe, sie erscheint schlaff und energielos, ohne rechtes Ziel.

22. VI. Eine Entlassung ist in Aussicht genommen, da Patientin seit langer Zeit völlig mittelfrei und eine weitere Besserung im psychischen Zustand kaum zu erwarten ist. Sie tut selbst gar nichts dazu, um irgendwie vorwärts zu kommen, ist ganz initiativelos, verliert sich immer in Worten, läßt sich völlig treiben, vermag nicht, sich innerlich mit ihren früheren Erlebnissen soweit auseinander zu setzen, daß sie davon frei kommen kann.

13. VII. Patientin zeigt hinsichtlich der Entlassung selbst keine rechte Initiative, will nur ungern zur Schwester zurück, von der sie nach Hause abgeholt wird. Patientin wird empfohlen, nach einem Vierteljahr eine Quarantäne durchzumachen. —

Patientin kam nicht mehr zur Aufnahme; Nachforschungen über sie ergaben am 2. III. 36 Folgendes (Angaben der Schwester):

Nach der Entlassung aus der Dresdner Nervenklinik ging es mit Patientin 4—6 Wochen gut. Dann hatte sie jedoch angefangen, kleine Mengen von Alkohol (Wein, Bier und Kognak) zu nehmen und sehr viel Zigaretten zu rauchen. Schließlich nahm sie ohne Wissen von Ref. wieder Phanodorm, anfangs 1—2 Tabl. täglich, dann allmählich steigernd, bis Weihnachten 1933 wieder eine Tagesdosis von 2 Röhrchen erreicht war. — Ref. fiel es auf, daß Patientin wieder sehr nervös wurde, daß sie oft deprimiert war und sich alles sehr zu Herzen nahm. Oft war sie auch wieder vergnügt, dann wieder weinerlich, leicht gekränkt; man durfte ihr keine Vorwürfe machen. —

Kurz vor Weihnachten brachte Ref. Patientin zu Bekannten nach Berlin, wo sie für Kost in Stellung war. Geld erhielt sie von Ref., das Patientin alles für Phanodorm ausgab. Es stellten sich gleiche Zustände wie in Dresden ein. Da sie sehr viel Geschirr fallen ließ, wurde sie aus ihrer Stellung wieder entlassen. Nunmehr zog sie zu einem in Berlin wohnhaften Bruder. Dort soll sie sich eines Tages eine Flasche Kognak gekauft und zur Hälfte getrunken haben. Anschließend versuchte sie sich in den Kanal zu stürzen, wurde von der Polizei an ihrem Vorhaben gehindert und nach der Heilstätte Wittenau bei Berlin gebracht. Dort war sie bis Oktober 1934. Sie wurde für kurze Zeit entmündigt, 2 Opiumkuren wurden durchgeführt. Nach der Entlassung hatte Patientin bis April 1935 bei einer Schwester in Berlin gewohnt; seitdem ist sie in einer von jener verschafften Wohnung als Vermieterin tätig.

Patientin soll jetzt „sehr religiös“ geworden sein; sie habe geäußert, sie brauche einen Halt, den sie in der Christlichen Wissenschaft gefunden habe. Schlafmittel benötige sie nicht mehr, sie sei glücklich, daß sie nicht mehr darunter zu leiden habe. Ganz sei sie aber noch nicht wieder hergestellt. —

Die von der Heilstätte Wittenau freundlichst überlassene Krankengeschichte entsprach ganz den Angaben der Schwester der Patientin:

Patientin war dort vom 9. I. bis 22. XII. 1934. Aufnahme erfolgte nach Selbstmordversuch. Das Zustandsbild war das gleiche wie vor der Aufnahme in Dresden. Seit der Entlassung aus der Dresdner Nervenklinik hatte sie angeblich wegen Schlaflosigkeit — besonders in den Morgenstunden, wenn der Schlaf aufhörte und Angstzustände auftraten —, Noctal, Brom und erneut Phanodorm genommen. Sie erschien klagsam, weinerlich, initiativelos, schlaff, hatte noch nicht vermocht, innerlich mit ihren früheren Erlebnissen fertig zu werden, nahm keine Stellung zur Gegenwart. „Wenn die Sonne scheint oder ein Vogel singt, stimmt mich das traurig ..., ich mache mir Vorwürfe ..., muß viel über mein vergangenes Leben nachgrübeln, muß alles zerpflücken.“ Morgens war ihre Stimmung am schlechtesten, dann überkam sie jedesmal eine „große, große Schwermut“. Während der letzten zwei Jahre schlief sie schlecht. Sie gab an, viel Phanodorm genommen zu haben.

Die Entziehungserscheinungen sind die gleichen wie die in Dresden beobachteten: es bestehen Klagen über Schlaflosigkeit, große innere Unruhe, Druck in der Magengegend, als ob sie mit „einer dunklen Macht“ in Verbindung stehe, das Herz schlage zum Halse heraus („überall ist Herz —, meine Augen —, bis in die Fingerspitzen —“). — Während zweier Opiumkuren empfindet sie anfangs noch Todessehnsucht, hat jedoch keine Suicidabsichten mehr; die Stimmung ist labil. Später wird Patientin immer einsichtiger, erscheint jedoch noch nicht restlos von ihren Ideen losgelöst. — 22. XII. 1934 erfolgt Entlassung.

Die Nachuntersuchung am 12. II. 1935 ergab: „Patientin ist wesentlich aufgeschlossener, weltgewandter, lebhafter; sie will den Haushalt von drei Personen besorgen. Depressive Symptome sind nicht mehr erkennbar; etwas Gewichtszunahme ist nachzuweisen.“ —

Fall 2.

S., E., geb. 20. VII. 1907, verh. — Der Vater ist an „Hirnschrumpfung“ gestorben. Die Mutter und die Geschwister sind gesund.

Patientin wurde als Tochter eines Kantors geboren, besuchte die Volksschule und 2 Jahre die Handelsschule, lernte mittelmäßig, war dann zu Haus und vorübergehend als Stickerin tätig. Im Mai 1930 heiratete sie, die Ehe war glücklich, die wirtschaftlichen Verhältnisse ausreichend.

Als Kind hatte Patientin Masern und Keuchhusten. Die körperliche Entwicklung war normal; die Menses verliefen ohne Störungen. 1929 und 1930 erfolgte eine Fehlgeburt (3.—4. Monat). Vor 10 Wochen hatte sie eine Zangengeburt (Zwillinge). Sonst ist von ernstlichen Krankheiten nichts bekannt. Inf. ven. neg.

Patientin war früher immer gutmütig und ruhig, manchmal auch etwas eigensinnig, weich und empfindsam, konnte jedoch auch lustig sein, zeigte ein gutes Auskommen mit anderen Menschen. Außer für Musik bestanden keine besonderen Interessen. Der Lebenswandel war regelmäßig und solid, von Alkoholabusus ist nichts bekannt, täglich wurden 4—5, zuletzt 10 Zigaretten geraucht.

Anschließend an die Anfang 1929 erfolgte erste Fehlgeburt litt Patientin unter starken Blutungen, die 4 Wochen bis zu einer zweiten Ausschabung anhielten. Während dieser Zeit bestand dauernd Schlaflosigkeit, gegen die täglich 60 Tropfen Somnifen verordnet wurden. Nach dem Krankenlager hatte Patientin von dem Mittel nicht mehr lassen können. Zwar trat nie eine euphorisierende oder berauschende Wirkung ein, nur wegen der bei Fortlassen des Mittels sich einstellenden Entziehungserscheinungen wurde das Somnifen weitergenommen. Solche waren: innere Unruhe, Ängstlichkeit, „Gedanken wie fort", Zittern im ganzen Körper. Durch die Tropfen kam sie wieder in einen normalen Zustand. Sie hatte dann keine Beschwerden, nur zeitweise etwas Herzklopfen und bei zu großer Dosis Müdigkeit (Patientin will angeblich bis zu 100 Tropfen pro die innerhalb eines Jahres gestiegen sein).

Um vom Somnifen loszukommen, ging Patientin schließlich zum Arzt, der ihr Phanodorm, täglich 3 Tabletten, verordnete. Eine Zeitlang nahm sie beides, später jedoch nur noch Phanodorm in steigenden Mengen. Auch hierbei bestand keine direkte Euphorie, kein Rausch, aber eine „angenehme, wohlige Ruhe", ein Gefühl von Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Sobald sie das Mittel wegließ, traten Entziehungserscheinungen auf, wie: Kraftlosigkeit, Schlappheit, leichtes Schwitzen, Zittern, Angst (auch im Herzen lokalisiert), innere Erregung und Unruhe, „die Gedanken verschwimmen, sind wie fort". Erst nach Einnahme des Mittels fühlte Patientin sich wieder „wie ein richtiger Mensch", nahm dann 5 Tabletten auf einmal, die sie auf der Zunge zergehen ließ und dann mit Wasser herunterschluckte. Sonst hatte sie durch das Phanodorm keine Beschwerden, machte die Schwangerschaft gut durch, nahm dabei das Mittel dauernd weiter. Psychisch veränderte sie sich nur insofern, als sie gleichgültiger geworden war, und ihre Interessen nachgelassen hatten. Auch ihr in letzter Zeit leicht erregtes und reizbares Wesen hatten die Schwierigkeiten mit der Familie, die besonders aus finanziellen Gründen sehr auf eine Entziehungskur drängten (Patientin gab täglich für Phanodorm über RM. 4.— aus), vergrößert.

24. II. bis 22. III. 1931 Nervenklinik Dresden. — Bei der Aufnahme ist Patientin ruhig, orientiert, guter Stimmung. Sie gibt an, seit einem halben Jahr täglich 30 Tabletten Phanodorm genommen zu haben, vor der Aufnahme noch 16 Tabletten. — Beim Abschied ist sie weinerlich und ängstlich. —

Befund: Patientin ist in gutem Ernährungszustand. Die Gesichtsfarbe ist blaß. Hände und Füße sind feucht, auch schwitzt sie am ganzen Körper. An den inneren Organen sind keine Besonderheiten nachweisbar. Die Pupillen, mittelweit, re = li, reagieren auf Lichteinfall unausgiebig, auf Convergenz besser; Nystagmus besteht nicht. Am auffallendsten ist ein Tremor der gespreizten Finger. Der Tonus und die Reflexe sind normal, Paresen und Ataxien bestehen nicht. Die Sprache zeigt keine Störungen.

25. II. Neben Schlaflosigkeit in der Nacht treten seit gestern Nachmittag folgende Beschwerden auf: Rückenschmerzen, Herzklopfen, Schwäche, Schwitzen, Zittern der Finger, „Schwarzwerden vor den

Augen", innere Unruhe und Angst, „kann gar keine Gedanken richtig fassen". Sie hat starkes Bedürfnis nach dem Mittel, „habe auch schon die Schwester darum angebettelt", da sie aber nichts bekam, habe sie den „Mut verloren"; jetzt sehe sie aber ein, daß sie „durchhalten" müsse.

Kurz vor der Exploration hat Patientin einen ärztlicherseits beobachteten typischen epileptischen Anfall: sie blickt plötzlich wie abwesend, dreht sich dann, zieht die rechten Extremitäten an, streckt die linken, einige klonische Zuckungen treten auf, das Gesicht verfärbt sich, und es zeigt sich Schaum vor dem Munde. Die Dauer des Anfalls beträgt etwa 3 Minuten. Danach ist sie müde und langsam, erholt sich schnell. Patientin weiß hinterher von dem Anfall nichts, gibt an, niemals irgendwelche Anfälle gehabt zu haben.

26. II. Patientin hat in der Nacht ohne Schlafmittel gut geschlafen. Die innere Unruhe ist geringer, der Appetit noch sehr schlecht; sie schwitzt noch, der Tremor der gespreizten Finger ist unverändert. Patientin verneint entschieden, außer dem Phanodorm noch irgendwelche Mittel genommen zu haben.

Angaben des Ehemannes: Patientin war ein leidlich intelligenter Mensch, zeigte Interesse für Musik, las wenig, war in der Unterhaltung lebhaft und ganz geweckt. Praktisch tüchtig, hatte sie seit dem 14. Lebensjahr den Haushalt der Eltern geführt. Mit den Eltern stand sie sich sehr gut, ebenso mit der Schwester. Immer war sie liebevoll, freundlich und gutmütig, weich und empfindsam, durchschnittlich ruhig und gleichmäßig, in ihrem Handeln selbständig und nicht beeinflußbar. Sie wurde sehr verwöhnt, hatte nie Schweres durchgemacht. Sie galt als leidenschaftliche Raucherin, nicht vergnügungssüchtig, etwas eitel. Sexuell schien sie normal.

Bezüglich der Entwicklung der Sucht werden mit denen der Patientin annähernd übereinstimmende Angaben gemacht. Ergänzt wird folgendes: Wegen der Schlaflosigkeit kam sie von dem Somnifen nicht los. Nur dieses Mittel brachte sie in einen normalen Zustand, andernfalls war sie erregt, unruhig und ängstlich. Während des einen Jahres Somnifen-Gebrauches bestanden sonst keine besonderen Veränderungen. Dann begann sie 3—5 Tabl. Phanodorm täglich zu nehmen, steigerte rasch die Dosis, nahm seit 6 Monaten etwa 20 Tabletten, seit 3 Monaten 30 und mehr, höchstens 35 Tabletten täglich. Auch hier war die Wirkung zunächst so, daß sie in den „normalen", d. h. ruhigen Zustand kam.

Jedoch seit etwa einem halben Jahr veränderte sie sich: nach dem Einnehmen taumelte sie manchmal, der Gang wurde unsicher und schlürfend, oft ließ sie in der Küche Geschirr fallen. Dazu kamen allgemeine Schwäche, starke Appetitlosigkeit, zunehmende Gewichtsabnahme. Psychisch schien sie leicht erregt, gebrauchte starke Schimpfworte, wurde in jeder Weise gleichgültiger, vernachlässigte sich äußerlich, kümmerte sich nicht um die Kinder, wurde seit 3 Monaten völlig frigide. Bei Vorhaltungen zeigte sie sich uneinsichtig. Auch charakterlich wurde sie verändert: sie wurde zänkisch, boshaft, ging nur noch darauf aus, Geld für das Mittel zu bekommen und borgte schließlich ohne Hemmungen allerlei Leute an. Geistig ließ sie allenthalben nach, war schläfrig, dösig, zu Unterhaltungen kaum fähig, trank dann sehr viel Kaffee und rauchte stark. —

28. II. Patientin hat gestern schon leidlich gegessen und in der vergangenen Nacht 6 Stunden geschlafen. Heute klagt sie noch über innere Unruhe mit Beklemmungsgefühlen, die sie am Hals besonders deutlich spüre. Es besteht noch starkes Schwitzen und leichter Tremor. Sie bekommt seit dem ersten Tag außer für die Nacht keinerlei Mittel, nur 2—3 mal täglich protrahierte Bäder.

1. III. Seit gestern Nachmittag ist Patientin sehr gedrückt und ungeduldig, jammert, drängt heraus und verlangt nach Mitteln. Sie äußert große Angst, wie sie sie noch nie gehabt habe, ist innerlich erregt. Appetit und Schlaf sind besser.

2. III. Patientin fühlt sich heute wieder wohl, hat kaum noch Beschwerden, ißt gut.

5. III. Während der letzten beiden Nächte hat Patientin ohne jedes Mittel gut geschlafen. Fast den ganzen Tag ist sie außer Bett, geht in den Garten. Nur zeitweise erscheint sie noch unruhig und erregt, meist aber guter Stimmung.

12. III. Der Zustand ist unverändert, sie schläft jetzt regelmäßig ohne Mittel. Patientin drängt am Tage jedoch noch manchmal bei irgendwelchen Unannehmlichkeiten nach Phanodorm. Bei Vorhaltungen erfolgt dann nur ein oberflächliches Zugeständnis, tiefere Einsicht fehlt jedoch.

17. III. Patientin drängt jetzt sehr nach Haus, „ich habe zu großes Heimweh, ich werde hier nicht gesund". Sie macht einen etwas kindlich-eigensinnigen Eindruck: 3 Wochen genügten doch auch, sie kenne sich, sie sei ganz sicher, daß sie nie wieder etwas nehmen werde, usw. Sonst fühlt sie sich wohl, schläft ohne Mittel gut, ißt ausreichend.

22. III. Auf ihr weiteres Drängen wird Patientin gegen ärztlichen Rat heute von den Angehörigen nach Hause abgeholt.

Eine 1936 vorgenommene Nachforschung über das Verhalten der Patientin in der Zwischenzeit konnte wegen unbekannten Aufenthaltorts leider zu keinem Ergebnis führen.

Zusammenfassend und teilweise mit anderen bisher beschriebenen Fällen vergleichend ist nun folgendes zu sagen:

In unserem ersten Falle handelt es sich um einen von Natur aus etwas empfindlichen, sensiblen, weichen Menschen. In einem reaktiv-depressiven Zustand, der sich in Gefühlen wie „Altwerden", ständiger innerer Unruhe und „seelischem Leiden", in „Sterbegedanken", schließlich in schwindender Leistungsfähigkeit und zunehmender Schlaflosigkeit äußerte, geriet Patientin über das Dicodid, das ihr fälschlicherweise wohl als reines Schlafmittel für längere Zeit verordnet wurde (2 Jahre lang täglich 1—$1^1/_2$ Tabletten), in einen 2jährigen Phanodorm-Abusus hinein. Um die nach der bei einem Landaufenthalt mehr ungewollt durchgeführten Dicodid-Entwöhnung aufgetretenen Entziehungserscheinungen zu mildern, in deren Vordergrund wiederum die Schlaflosigkeit stand, nahm Patientin zunächst das ihr verordnete Phanodorm in der ihr vorgeschriebenen Dosierung. Bald aber genügten diese Dosen nicht mehr, weil der Organismus sich rasch dem Mittel angepaßt hatte; sie begann es zu steigern, es auch am Tage und mit der Zeit in immer größeren Dosen zu gebrauchen, da sie danach ein Schwinden

der trüben Gedanken empfand, eine Steigerung der Leistungsfähigkeit verspürte, ihr plötzlich das Leben leicht und alles möglich und erreichbar erschien, kurz: ein euphorischer Zustand erreicht wurde. Ihr diente das Phanodorm also nicht mehr, wie anfangs gewünscht, zum Zwecke des bloßen Einschlafens oder der Beruhigung, sie sah im Phanodorm jetzt nur noch ein Mittel, das sie in den Zustand der Sorgenfreiheit, der Tatkraft und in den Zustand des Rausches versetzen konnte. Wie etwa dem Morphinisten das Morphium, so war ihr das Phanodorm schließlich zum unbedingten Lebensbedürfnis geworden.

Ähnlich unser zweiter Fall. Auch hier handelt es sich um einen von Natur aus etwas weichen und empfindsamen Menschen. Vorher nie süchtig gewesen, geriet Patientin zunächst nach einem Somnifen-Gebrauch im Anschluß an Unterleibsbeschwerden nach einer Fehlgeburt mit damit verbundener Schlaflosigkeit in einen etwa 1jährigen Somnifen-Abusus hinein, während welcher Zeit sich bei Fortlassen des Mittels sofort Entziehungserscheinungen einstellten, weswegen Patientin vom Somnifen nie loskam, und sie schließlich zur Bekämpfung dieses Zustandes den Arzt aufsuchte. Dieser verordnete nun weiterhin — vielleicht in Unkenntnis des bisherigen Abusus — gegen die vorgebrachten Beschwerden, in deren Vordergrund wiederum die Schlaflosigkeit stand, Phanodorm und trieb damit die Patientin in einen neuen Abusus, den des Phanodorms hinein. Anfangs noch beide Mittel nebeneinander gebrauchend, ging Patientin dann dazu über, das neu verordnete Schlafmittel nur noch allein, bald, wie im ersten Falle, auch in schnell steigenden Dosen, schließlich auch am Tage zu nehmen. Wenn auch keine direkte Euphorie oder ein Rauschzustand bei unserer Patientin erreicht wurde, so gleichen doch die Angaben, abgesehen von den während des Abusus zuletzt an ihr beobachteten charakterlichen Veränderungen wie Zank- und Boshaftigkeit, Hemmungslosigkeit, starker allgemeiner Reizbarkeit und Nachlassen der geistigen Fähigkeiten sowie ästhetischer Abstumpfung, ganz denen des ersten Falles in der von der Patientin gesuchten und durch Phanodorm erreichten „angenehmen, wohligen Ruhe", dem Gefühl von Leistungsfähigkeit und Leistungssteigerung, wie sie noch zu Beginn des Phanodorm-Abusus verspürt wurden. —

Ähnliche Beobachtungen, die deutlich die suchtbildenden Eigenschaften des Phanodorms beweisen, sind in der Literatur bisher schon mehrfach mitgeteilt worden. Einige davon sollen in diesem Zusammenhange besondere Erwähnung finden.

So berichten Pohlisch und Panse, daß sich ihr Fall 2 und 3 nach Einnahme des Mittels „freier und leichter" fühlt, wobei

bei Fall 3 noch von einer den ganzen Tag über anhaltenden „angenehmen, dem Alkoholrausch vergleichbaren Stimmung“ gesprochen wird, in der sich Patient wie „aufgekratzt“ gefühlt und nie irgendwelche Schläfrigkeit verspürt habe. Ähnlich auch ihr Fall 4, auf den Phanodorm „nicht einschläfernd, sondern berauschend, jedoch anders als Alkohol“ wirke; selbst eine „Begeisterung“ werde durch Phanodorm verspürt. Fall 5 wird nach Einnahme von Phanodorm „ruhiger und energischer“, Fall 6 „angeregt“.

Dörries und Langelüddeke schildern bei einem Patienten (Fall 1) einen Zustand, der auch als „Rausch“ bezeichnet wird. Hier wurde Patient bereits nach 4—5 Tabletten „erregt, gereizt, schimpfte in wüsten Ausdrücken“ (eine Parallele etwa zu unserem zweiten Fall), „drohte den Mann umzubringen ..., der ganze Zustand glich dem eines Betrunkenen“. Bei ihrem Fall 3, bei dem ebenfalls schon morgens nüchtern Phanodorm in steigenden Mengen genommen wurde, um Beruhigung und Euphorie zu finden, bekommt Patient nach Einnahme „ein ausgesprochenes Wohlgefühl“, bei größeren Dosen „Tran“, „Benommenheit“, „rauschartiges Bild“.

Auch Kraus veröffentlichte Fälle von chronischem Phanodorm-Mißbrauch. Sein Fall 1 konnte nach Phanodorm „sehr scharf denken“, bekam „ruhige Nerven“; auch stellte sich ein Gefühl von „innerer Harmonie“, eine „Befreiung von Hemmungen“ ein, nach größeren Dosen (3—5 Tabletten auf einmal, bis 70 (!) täglich) sei Patient jedoch „fertig“, habe „in der unglaublichsten Weise begonnen hinzufallen und zu taumeln“. Auch sei Patient während des Phanodorm-Mißbrauches „außerordentlich brutal“ gewesen, die Stimmungslage habe unaufhörlich gewechselt. Fall 7 war nach 0,6 gr Phanodorm „wie betrunken“, hatte hinterher einen starken Kater mit Brechreiz. Fall 8 hatte nach häufigen Phanodorm-Einnahmen bis zu 6,0 gr täglich ebenfalls Rausch- und Tobsuchtsanfälle.

Aus Mitteilungen von Pfannmüller und Nawratil, die schon 1925 und 1926 vorlagen, geht hervor, daß bei einer Patientin Pfannmüllers nach Einnahme von Phanodorm eine euphorisierende Wirkung beobachtet wurde, und daß bei 2 Fällen Nawratils schon nach einer einmaligen Gabe von 0,2 gr Phanodorm ein Rausch- und Erregungszustand eintrat, der gekennzeichnet war durch eine ca. 2 Stunden anhaltende leichte Bewußtseinstrübung, die verbunden war mit sinnlosem Schwatzen und starker motorischer Unruhe, und von dem die Patienten tagsdrauf selbst berichteten, daß sie sich „wie betrunken“ gefühlt hätten.

Wenn diese von Pfannmüller und Nawratil mitgeteilten Beobachtungen auch nicht gerade als Psychosen nach ausgesprochen chronischem Mißbrauch bezeichnet werden können, so

lassen sie sich doch in Hinblick auf ihre Erscheinungsformen gut an die vorstehenden Fälle anreihen.

Was nun die psychopathischen Züge unserer ersten Patientin anbetrifft, so muß festgestellt werden, daß dieselben während ihres 2jährigen Phanodorm-Abusus in immer stärkerem Maße hervortraten. Obwohl ein geringer Einfluß auf die Wesensänderung der Patientin durch zeitweiligen zusätzlichen Alkoholgenuß und den vorangegangenen Dicodid-Abusus nicht zu leugnen sein wird, so treten dieselben jedoch in Hinblick auf den ausgesprochenen Dauermißbrauch durch Phanodorm in den letzten beiden Jahren vor der Aufnahme bei weitem in den Hintergrund. Dabei ist die Wesensänderung an sich wohl nicht wie Pohlisch und Panse schreiben, als ein zerebrales Allgemeinsymptom, sondern vielmehr als Ausdruck einer Hirndauerschädigung aufzufassen, da Patientin täglich eine fast gleich große Menge Phanodorm nahm und niemals exzeßhaft die Dosen steigerte. In diesem Sinne sind jedenfalls die zunehmenden Angstzustände und Gefühle innerer Unruhe, die in so ausgesprochenem Maße vor Beginn des Phanodorm-Abusus nicht bestanden, und die einige Tage vor der Aufnahme bestehende dysphorische, sehr depressive und suicidale Stimmungslage zu deuten. Die später hinzugetretene, oft 1—2 Stunden anhaltende Dösigkeit und Benommenheit (Patientin war nach Angabe der Schwester öfters „geistesabwesend, als ob sie einen nicht verstand") sind dagegen schon eigentliche Intoxikationserscheinungen, die sich auch bei Nicht-Psychopathen als Folgen des Dauermißbrauchs herausbilden.

Ähnlich verhält es sich auch bei unserer zweiten Patientin. Nach Angabe des Ehemannes bestand auch hier nach einem 1jährigen Phanodorm-Abusus Schläfrigkeit und Dösigkeit, so daß Patientin oft zu Unterhaltungen kaum fähig war, eine Interesseneinengung eintrat und ein Nachlassen der geistigen Fähigkeiten auffiel. Auch daß Patientin sich äußerlich mehr und mehr vernachlässigte, steht im Gegensatz zu der vor dem Mißbrauch an ihr beobachteten Eitelkeit. — Was mir aber in unserem 2. Falle besonders erwähnenswert erscheint, ist die charakterliche Veränderung in Form der Erregungszustände. Diese in Boshaftigkeit, Zankhaftigkeit und leichter Reizbarkeit sowie im Gebrauch von starken Schimpfworten sich äußernde Stimmungslage wurde vor dem Phanodorm-Abusus bei der Patientin nie beobachtet, denn Patientin wird bis dahin als ruhig und gleichmäßig, freundlich, liebevoll und gutmütig geschildert. Diese Erregungszustände kennzeichnen aber weiterhin deutlich den Verfall der Persönlichkeit, der nur als eine Folge der Hirndauerschädigung durch das einwirkende Gift anzusehen ist. —

Im Zusammenhang mit der geschilderten Stimmungslage werden oft die Erregungszustände der chronischen Alkoholiker erwähnt, die denen der Phanodorm-Süchtigen weitgehendst ähneln. Hierzu schreiben Pohlisch und Panse, wie auch später im gleichen Sinne Kehrer, folgendes:

„Stärker und frühzeitiger als beim chronischen Alkoholisten stellt sich gesteigerte Reizbarkeit, Interesseneinengung und dementsprechend Nachlassen im Berufe ein. Bei indolenter, gelegentlich auch euphorischer Grundstimmung, besteht eine große Neigung zum Umschlagen in epileptoide Reizbarkeit, doch fehlt ganz die Bereitschaft des Alkoholikers zu humoristischen Zwischenfällen, wie auch seine Rührseligkeit, schließlich das leicht bei ihm sich regende Schuldgefühl. Diese Besonderheiten hängen sicherlich mit dem Alkohol selbst zusammen, jedoch wird man Temperamentseigenarten der Alkoholisten nicht außer acht lassen dürfen."

Oftmals geben solche Rausch- und Erregungszustände, die sich meist aus einem Dauerzustand von Dösigkeit entwickeln und manchmal in brutale Handlungen ausarten können, gelegentlich auch einen dämmerzustandartigen Einschlag aufweisen, selbst erst den Anlaß zur Aufnahme. Oder aber es sind die weiteren Folgeerscheinungen des Phanodorm-Mißbrauchs, die eine Aufnahme nötig machen, wie epileptische Anfälle und Psychosen. — In Ergänzung meiner Arbeit sei auf diese weiter eingegangen.

Die epileptischen Anfälle treten, wiederum den Folgeerscheinungen bei chronischem Alkoholismus vergleichbar, erst nach einer schweren Dauervergiftung auf, unterscheiden sich von denen bei chronischem Alkoholismus nur insofern, als sie symptomatologisch sehr vielgestaltig sein können, da sie generalisiert und rudimentär auftreten, sich aber auch schon in Ohnmachts- und Schwindelgefühlen kundtun (in diesem Sinne ist eventuell auch das „Schwarzwerden vor den Augen" unserer zweiten Patientin zu verwerten). Eine genauere Angabe über die Zeit, die seit Beginn des Abusus bis zum ersten epileptischen Anfall verstreicht, kann dabei allerdings wohl kaum gemacht werden, da sie von Fall zu Fall verschieden und jeweils von der täglich eingenommenen Menge bzw. einer exzessiven Steigerung der Dosis abhängig sein wird. Pohlisch und Panse konnten einen Anfall schon nach 2 monatigem Mißbrauch beobachten (Fall 9), wobei allerdings ein exzessiver Abusus bis zu 60 Tabletten angegeben wird, und Schubert teilte einen Fall aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn erst letzthin mit, bei dem ein generalisiert verlaufender Anfall schon nach 6 wöchigem exzessiven Phanodorm-Mißbrauch auftrat, bei dem aber ein der Phanodormsucht langjähriger und daher mit zu berücksichtigender Bromural-Abusus vorausgegangen war.

Es handelt sich dabei um Patienten, bei denen epileptische Anfälle schon im Verlauf des Abusus, also gewissermaßen als reine Intoxikationserscheinungen noch vor der Aufnahme auftraten. Oftmals kommen sie aber auch erst bei der Aufnahme selbst oder einige Tage danach zur Beobachtung und erweisen sich dann, wie in unserem 2. Falle, als Entziehungssymptome. Bald gelangen aber auch Kranke zur Aufnahme, bei denen der epileptische Anfall schon eine Prodromalerscheinung einer ausbrechenden Psychose bedeutet. So soll nach Pohlisch und Panse die Bereitschaft für epileptische Anfälle am größten sein im Prodromal- und Initialstadium des Delirs. Es wurden jedoch auch Fälle mitgeteilt, bei denen Anfälle während des Delirs selbst, also erst nach Beginn der Psychose, auftraten, wogegen ihr Vorkommen bei Halluzinosen seltener ist, was aber vielleicht seinen Grund in dem zahlenmäßig geringeren Auftreten von Halluzinosen gegenüber Delirien nach Phanodorm-Abusus an sich haben mog. Nach Pohlisch sind, wie Schubert schreibt, der epileptische Anfall und das Delir „Ausdrucksformen der Schädigungen des Organismus durch die sekundär auf dem Boden des chronischen Mißbrauchs sich entwickelnden Noxe; der Anfall sei als die mildere, das Delir als die schwerere Verlaufsform aufzufassen. Der Anfall seinerseits beschleunige den Ausbruch des Delirs". —

Im Rahmen dieser Arbeit ist aber auch besonders auf die nach langdauernden Phanodorm-Abusus akut auftretenden Psychosen hinzuweisen. Wie erwähnt, sind es Delirien und Halluzinosen, die zur Beobachtung kamen. Dabei ist für die außerordentlich schädliche Wirkung des gewohnheitsmäßigen Mißbrauchs von Phanodorm die Tatsache bezeichnend, daß von den 1934 von Pohlisch und Panse mitgeteilten 25 Fällen von chronischem Phanodorm-Abusus, von denen 19 selbstbeobachtete Fälle waren und 6 der Literatur entnommen wurden, allein 14 an einer schweren akuten Geistesstörung erkrankten. Diese Zahl ist unterdessen durch die von Kraus, Büssow, Dörries, und Langelüddeke sowie Schubert mitgeteilten Fälle auf 19 erhöht worden.

Die Psychosen können dabei, wie die epileptischen Anfälle, im Verlauf des Abusus selbst, oder, wie häufig, als Entziehungserscheinungen auftreten. So bildete beispielsweise von den erwähnten 14 Fällen Pohlisch's und Panses, bei denen sich auf Grund des Phanodorm-Mißbrauchs Geistesstörungen gezeigt hatten, allein bei 9 Fällen die plötzliche Entziehung die auslösende Ursache der Psychose. Dieses würde einer Bemerkung Kehrers entsprechen, wonach ganz allgemein beim Schlafmittelmißbrauch die Abstinenz viel häufiger solche Zustände hervorruft, als eine einmalige exzessive Dosissteigerung. Dabei können solche durch eine

plötzliche Phanodorm-Entziehung ausgelöste Psychosen gegenüber dem Auftreten von Psychosen nach Mißbrauch anderer Schlafmittel — entsprechend dem raschen Abbau und der schnellen Ausscheidung des Phanodorms aus dem Körper — schon zwischen dem ersten bis fünften Entziehungstage ausbrechen.

Aus dem Prodromalstadium eines Phanodorm-Delirs, das gekennzeichnet ist durch Bewußtseinstrübungen, durch die schon früher erwähnten Erregungszustände und deren mannigfachen Färbungen, durch eine gewisse Schreckhaftigkeit und ein ausgesprochenes Angstgefühl, wie es beispielsweise besonders unser 1. Fall aufweist, entwickelt sich dann weiter das psychische Zustandsbild des eigentlichen Phanodorm-Delirs, in dessen Vordergrund vor allem Sinnestäuschungen visueller und akustischer Art stehen, die durch den anhaltenden Angstaffekt oftmals sehr beeinflußt werden. So zeigen z. B. die Mitteilungen von Pohlisch und Panse über einige weibliche Deliranten, die Männer mit den verschiedensten Mordinstrumenten auf sich zukommen sahen, besonders deutlich „das Auftauchen primärer Angstvorstellungen als gestaltgebende Grundlage der Sinnestäuschungen".

Das Vorherrschen dieser Angst in der Stimmung des Phanodorm-Süchtigen ist es auch, das oftmals zu einer ängstlichen Bewegungsunruhe führt. Diese kann ihrerseits das augenfälligste Symptom eines jeden Delirs, so auch das des Phanodorm-Delirs, nämlich die allgemeine Bewegungsunruhe, die sich häufig in komplizierten deliranten Handlungsformen ausdrücken kann, unterbrechen oder aber ganz ersetzen. Als restliche Symptome des Delirs bleiben dann nur noch neben vereinzelt zur Beobachtung gekommenen Wahnideen Bewußtseinstrübungen, Störungen in der zeitlichen und örtlichen Orientierung, in der Merkfähigkeit und im Gedächtnis, und Lückenhaftigkeit in der Erinnerung zu nennen.

Zu den wenigen bisher in der Literatur mitgeteilten Halluzinosen nach Phanodorm-Abusus schreiben Pohlisch und Panse, daß auch hier die Angst das äußere Verhalten der Patienten, deren Sinnestäuschungen und Wahnbildungen bestimme, indem die Angstaffekte sehr lebhaft seien, die häufigeren Gehörstäuschungen in Form kurzer schreckhaft-bedrohlicher Zurufe auftreten, und die Wahnbildungen sich (wie bei Mosbachers und Langelüddekes Patient) in Beziehungs- und Verfolgungsideen ausdrückten.

Im Ganzen betrachtet ähneln also die Psychosen nach Phanodorm-Abusus denen bei chronischem Alkoholismus. Unterschiedlich ist nur das Vorhandensein des Angstaffekts beim Phanodorm-Delir gegenüber der Rührseligkeit, dem leicht auftretenden Schuldgefühl und der gelegentlichen humorvollen Stimmung beim Delir

des chronischen Alkoholisten, Stimmungen, die beim Phanodorm-Süchtigen wiederum nicht zu finden sind. Ebenso sind die für den chronischen Alkoholisten charakteristischen krankhaften Eifersuchtsideen beim Phanodorm-Süchtigen nur selten; es wurden bisher nur 2 derartige Fälle mitgeteilt (Fall 20 von Pohlisch und Panse, Fall 1 von Dörries und Langelüddeke). Auch ließ sich bisher ein Ausgang eines Phanodorm-Delirs in eine Korsakowsche Psychose nicht nachweisen, obwohl Dörries und Langelüddeke die Möglichkeit eines Korsakowschen Syndroms nach Phanodorm-Mißbrauch nicht ganz von der Hand weisen möchten. Da Pohlisch und Panse eine nur leichtere durch Phanodorm herbeigeführte Hirnschädigung annehmen, was sie mit dem Auftreten von akuten Psychosen schon nach einem zeitlich kurzen Mißbrauch zu begründen glauben, so vermuten sie auch, daß der Grund für die Unterschiedlichkeit in der Stimmungslage beim Alkohol- und Phanodorm-Delir in dieser leichteren Hirnschädigung zu erblicken ist.

Schließlich seien noch kurz die neurologischen Symptome erwähnt, die nach langdauerndem Phanodorm-Mißbrauch, auch als Entziehungserscheinungen beobachtet wurden. Am konstantesten tritt dabei Tremor auf, der auf die Hände allein beschränkt bleiben, bald aber auch, wie in unserem 1. Fall, die mimische Muskulatur, die Zungenmuskulatur, gelegentlich auch den ganzen Körper befallen kann. Auch wird anamnestisch häufig als zerebellares Symptom, ebenfalls entsprechend unserem 1. Fall, Taumeln angegeben, wogegen der auf die Barbitursäuregenese bezügliche einzige diagnostische Hinweis, das Auftreten von Nystagmus, von Koordinationsstörungen und das Fehlen der Bauchdeckenreflexe, den Untersucher oftmals im Stich läßt.

Trotz der etwas mageren Symptomatologie und des nicht sehr ausgesprochenen psychotischen Zustandsbildes unserer beiden Fälle, oder vielleicht auch gerade deswegen, fand ich es nötig, nochmals näher auf die Intoxikationserscheinungen, die nach Phanodorm-Mißbrauch auftreten, aufmerksam zu machen. Denn oft sind es ja gerade solche leichtere Fälle, die vom Arzt, besonders dem praktischen Arzt, der die Zeit und die Gelegenheit, den Süchtigen als solchen zu erkennen, nicht hat, in ihrem Wesen und ihrer Bedeutung verkannt werden. Er behandelt dann oftmals in Unkenntnis der zugrunde liegenden Krankheit nur die von den Patienten in den Vordergrund ihrer Beschwerden gestellte Schlaflosigkeit, verordnet ihnen unter Umständen weiterhin Schlafmittel und leistet somit selbst dem Mißbrauch mit Schlafmitteln weiteren Vorschub. Wahrscheinlich wird dieses noch viel zu häufig vorkommende und mehr oder minder gedankenlos zu nennende Verordnen von Schlafmitteln

auch in unseren beiden Fällen, besonders aber im 2. Fall, der Anlaß zum Phanodorm-Mißbrauch gewesen sein.

Wie rasch aber gerade eine Gewöhnung an das Phanodorm eintritt, besonders auch bei Patienten, die schon früher irgendwie mittelsüchtig waren, bzw. wie groß die dabei zur Beobachtung kommenden suchtbildenden Eigenschaften des Phanodorms sind, zeigen unsere beiden Fälle deutlich.

Durch die Tatsache, daß der Patient in allen Apotheken das Phanodorm ohne Rezept erhält, und er demzufolge meist dann auch bald den Arzt nicht mehr aufsucht, ist die Gefahr des leichten Süchtigwerdens durch das Mittel ständig gegeben, in schlimmerem Maße noch für solche Patienten, die an sich schon gern Schlafmittel nehmen und als solche zu den süchtigen Psychopathen gerechnet werden müssen.

Wenn Schubert aus der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bonn mitteilt, daß dort in den Jahren 1929 bis 1935 insgesamt 32 Fälle mit schwerem chronischen Schlafmittelmißbrauch zur Beobachtung kamen, von denen 7 ein Delir boten, und daß unter diesen 32 Fällen speziell 12 Fälle von chronischem Phanodorm-Mißbrauch waren, bei denen allein 5 ein Delir aufwiesen, so sind das Zahlen, die unbedingt zu denken geben müssen. Sie sind gleichzeitig ein Beweis dafür, daß die früher von Pohlisch und Panse für Berlin mitgeteilten Zahlen und Erfahrungen Allgemeingültigkeit besitzen dürften, und daß seit Herausgabe ihres Buches „Schlafmittelmißbrauch" von einem Rückgang desselben nicht die Rede sein kann.

Auf Grund der vorstehenden Tatsachen muß daher für das Phanodorm immer und immer wieder der Rezeptzwang gefordert werden, und es wäre daher auch in diesem Sinne nur zu begrüßen, wenn die in der Zeitschrift „Volks-Gesundheits-Wacht" im August 1936 im Aufsatz „Schlafmittelwerbung und -mißbrauch" aufgestellten allgemeinen Forderungen baldigst eine Verwirklichung finden würden. Diese Forderungen lauten:

1. Beseitigung der unwissenschaftlichen Werbung für Schlafmittel und Beschränkung der Werbung für Schlafmittel auf ärztliche Fachzeitschriften.
2. Einführung des Rezeptzwanges für sämtliche zum Mißbrauch benutzten Schlafmittel in Verbindung mit strenger Strafverfolgung bei unbefugter Abgabe ohne ärztliche Verordnung.
3. Erziehung der Ärzte zu größtem Verantwortungsbewußtsein bei Verordnung von Schlafmitteln.
4. Erziehung zu einer gesunden Lebensweise, häufigere Heranziehung einfacher und natürlicher Mittel, vor allem auch der psychischen Behandlung.

Am Ende meiner Ausführungen erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Meggendorfer, für die Überlassung des Themas und seine wertvollen Anregungen, und Herrn Prof. Dr. Krisch, Dresden, für die mir zur Verfügung gestellten Krankengeschichten meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Bonhoeffer: Nach Pohlisch und Panse „Schlafmittelmißbrauch".

Bürger: Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie exogener Vergiftungen. Mschr. Psychiatr., 1929, 72.

Büssow: Beobachtungen an einem Phanodormdelir. Nervenarzt, 1935, Nr. 7.

Dörries und Langelüddeke: Weitere Beobachtungen über Phanodormpsychosen und Phanodormsucht. Zschr. f. Neur. u. Psych., Bd. 156, S. 658.

Fretwurst, Halberkann und Reiche: Phanodorm und seine Wiederausscheidung mit dem Harn. Münch. med. Wschr., 1932, Nr. 36.

Goldstein: Chirurgische Erfahrungen mit Phanodorm. Dtsch. med. Wschr., 1930, Nr. 5.

Herrmann: Klinische Erfahrungen über das Schlafmittel Phanodorm. Med. Klin., 1928, Nr. 3.

Impens: Über Phanodorm, ein hydriertes Luminal. Med. Klin., 1925, Nr. 18.

Kehrer: Praktisch wichtige alte und neue Erfahrungen über Geistesstörungen infolge Alkohol- und Schlafmittelmißbrauchs. Jahresk. f. ä. Fortb., 1936, Nr. 5.

Kraus: Klinische Erfahrungen mit Phanodorm. Allg. Zschr. f. Psych., 1934, Bd. 101.

Langelüddeke: Ein Fall von Phanodormpsychose. Dtsch. med. Wschr., 1932, S. 813.

Mansbacher: Klinische Beobachtungen über Phanodorm. Dtsch. med. Wschr., 1926, Nr. 39.

Mondré: Klinische Erfahrungen mit Phanodorm. Wien. klin. Wschr., 1928, Nr. 4.

Mosbacher: Über Phanodormdelirien. Psychiatr.-neur. Wschr., 1932, S. 15.

Müller: Zur Behandlung von Schlafstörungen mit Phanodorm. Münch. med. Wschr., 1925, Nr. 35.

Nawratil: Klinische Erfahrungen mit Phanodorm, einem neuen Schlafmittel. Münch. med. Wschr., 1926, Nr. 33.

Pfannmüller: Erfahrungen mit Phanodorm. Münch. med. Wschr., 1925, Nr. 46.

Pohlisch und Panse: Schlafmittelmißbrauch, 1934 (Thieme, Leipzig).

Schubert: Zur Frage des Schlafmittelmißbrauches (Dissertation). Med. Welt, 1937, Nr. 2.

Silzer: Phanodorm bei Schlafstörungen im Wochenbett. Münch. med. Wschr., 1926, Nr. 49.

Wassermeyer: Nach Pohlisch und Panse „Schlafmittelmißbrauch".

Weiß: Erfahrungen mit Phanodorm. Med. Klin., 1926, Nr. 9.

Wiebeck und Tetzner: Phanodorm, ein neues Schlafmittel. Münch. med. Wschr., 1925, Nr. 23.

Lebenslauf.

Als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Robert Busche und seiner Ehefrau Helene, geb. Roßberg, wurde ich am 19. VII. 1909 in Dresden geboren. Ich bin arischer Abstammung, ev.-luth. Konfession und deutscher Staatsangehöriger. Nach dreijähriger Vorbildung in der Volksschule besuchte ich zunächst das Wettiner Gymnasium, später das St. Benno-Gymnasium in Dresden. An letzterem bestand ich am 26. II. 1929 die Reifeprüfung. Dann bezog ich die Universitäten Tübingen, Kiel, Halle, Rostock und Erlangen, zwischendurch besuchte ich auch die medizinische Akademie in Düsseldorf. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich am 3. VIII. 1932 in Halle, das medizinische Staatsexamen am 7. XII. 1935 in Erlangen. Das Medizinalpraktikanten-Jahr verbrachte ich an der Nerven- und Frauenklinik des Stadtkrankenhauses in Dresden und an der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses in Zittau i. Sa. Seitdem bin ich beschäftigt als Vol.-Assistent an einer chirurgischen Privatklinik in Dresden.